

Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal

Historical, Conceptual and Organizational Aspects of Prenatal Care

RACHEL DE SÁ BARRETO LUNA CALLOU CRUZ¹
MARIA DE FÁTIMA COSTA CAMINHA²
MALAQUIAS BATISTA FILHO²

RESUMO

Objetivo: O presente artigo visa ampliar o conhecimento sobre o pré-natal a partir da descrição dos aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal, com o intuito de integrar as informações coletadas nos estudos já publicados.

Metodologia: Trata-se de uma revisão teórica da literatura realizada através de materiais disponíveis nos sites do Ministério da Saúde, livros e órgãos voltados à Saúde Materno Infantil, além de artigos das bases de dados da SciELO e Bireme. *Resultados:* Na primeira metade do século XX, constatou-se a consolidação do conhecimento e da prática obstétrica e neonatal, culminando com a redução significativa da mortalidade materno infantil, em particular nos países desenvolvidos. Atualmente, há políticas públicas prioritárias e recomendações padronização de condutas dos profissionais de saúde, no intuito de atender aos conceitos de humanização, através do maior vínculo afetivo e ações integradas nos diferentes níveis de atenção. *Conclusão:* O conceito de pré-natal hoje é mais ampliado, abrangendo desde os cuidados pré-concepcionais até o acompanhamento sistematizado da gestação, do parto e do puerpério. Os documentos oficiais sugerem, normatizam e estabelecem as recomendações em saúde no pré-natal.

DESCRIPTORIOS

Assistência pré-natal. História. Conceito. Organização. Saúde materna. Saúde infantil.

ABSTRACT

Objective: This article aims to broaden the knowledge about prenatal care through the description of historical, conceptual and organizational aspects of prenatal care, in order to integrate the information collected in previous studies.

Methodology: This is a theoretical review of the literature based on information available from the Ministry of Health websites, books and agencies focusing on maternal and child health, in addition to articles from the databases SciELO and BIREME. *Results:* In the first half of the twentieth century, there was a consolidation of knowledge and obstetric and neonatal practice, culminating in the significant reduction of maternal and infant mortality, especially in developed countries. Currently, priority public policies and standardization of practices for health professionals have been implemented, in order to meet the concept of humanization through greater bonding and integrated actions at different levels of care. *Conclusion:* The concept of prenatal is broader in the current days, ranging from pre-conceptual care to the systematic monitoring of pregnancy, childbirth and postpartum. Official documents have suggested, regulated and provided recommendations on prenatal health.

DESCRIPTORS

Prenatal care. History. Concept. Organization. Maternal health. Child health.

1 ¹Doutoranda em Saúde Materno Infantil do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP/Grupo de Estudo de Nutrição), Recife/PE, Brasil.

2 ²Docente e Pesquisador do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP/Grupo de Estudo de Nutrição), Recife/PE, Brasil.

A Assistência pré-natal tem papel decisivo no resultado da gestação, visando à promoção da saúde da gestante e do feto, identificando as situações de risco para ambos e permitindo intervenções oportunas. Estudos observacionais apontam a associação entre a inadequação do pré-natal a altas taxas de mortalidade fetal, neonatal e infantil, maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e morte materna¹⁻³.

No entanto, a história mostra que, por várias décadas, a vivência da gestação e do parto foi de domínio exclusivo das mulheres. A parturição como um fenômeno feminino tinha como auxiliares somente as parteiras, comadres, religiosas ou mulheres experientes da família⁴.

As ciências biomédicas evoluíram a partir do processo de industrialização com o surgimento de novos instrumentos de diagnóstico, como o microscópio e o estetoscópio, e seu aperfeiçoamento. A tecnologia trouxe contribuições para a prática cirúrgica; patologias foram mais bem localizadas, diagnosticadas e rotuladas; hospitais transformados em centros de diagnóstico, de terapia e de ensino⁵. A área de obstetrícia firmou-se na formação profissional e institucionalizou-se⁶.

A partir dos anos 80, o governo brasileiro pressionado pelos profissionais de saúde, movimentos de mulheres e outras instituições da sociedade civil organizada, iniciaram-se mudanças relacionadas à forma de atendimento à mulher, que valorizavam a maior participação, informação e consciência dos seus direitos, favorecendo o empoderamento e cidadania⁷.

Após intensas discussões e reflexões sobre a assistência à mulher no pré-natal, um consenso sobre a maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção à saúde reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, amplia sua percepção corporal para a sua capacidade de gestar, parir e maternar. As modificações do corpo, promovidas pelo desenvolvimento da criança, favorecem a compreensão da maternidade envolvendo emoções e valores relacionados a si, à criança e à família⁶.

O sistema de saúde do Brasil sofreu constantes mudanças ao longo do século XX, a Atenção Básica à Saúde passou por vários ciclos, mas apenas em 1960 houve a implantação de ações prioritárias para assistência à mulher, com ênfase às demandas relativas à gravidez, ao parto, e à criança.

Com a publicação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, marca-se uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e as prioridades nessa área, na medida em que propõe ações

voltadas a sua integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal⁸.

Em reconhecimento à relevância e ao impacto do processo de nascimento, o Ministério da Saúde (MS) vem, nos últimos anos, assumindo, como um de seus compromissos, a promoção da maternidade segura. Nesse sentido, tem adotado estratégias como o aumento da remuneração ao parto normal, a limitação do pagamento de cesarianas pelo SUS e a promoção da maternidade segura, além da expansão da atenção pré-natal com vistas à humanização do cuidado em saúde^{9,10}. Sob essa lógica, destaca-se a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que prioriza ações de promoção da saúde das famílias, com ênfase na atenção básica, na responsabilidade sanitária e na corresponsabilização pela promoção do cuidado integral. Assim, a reestruturação do modelo assistencial no país e o fortalecimento da atenção básica, via ESF, priorizam, entre outras, ações promocionais específicas ao período gravídico puerperal¹¹.

Conforme foi sendo organizada a atenção à saúde da mulher, houve a elaboração de políticas públicas prioritárias e de manuais para a padronização de condutas dos profissionais de saúde. Em 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)¹²; até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Esse programa estabeleceu não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo.

Posteriormente, seguiram-se com o aperfeiçoamento da temática a partir da publicação da quarta edição revisada e ampliada do Manual Técnico de atenção ao pré-natal e ao puerpério, com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde, considerando as evidências científicas atuais e as recomendações da OMS¹⁰.

Nessa direção, recentemente, o MS lançou a Rede Cegonha (RC), estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Sua finalidade consiste em estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país¹³.

Apesar da maioria dos programas atuais de atenção pré-natal serem originados de modelos desenvolvidos em países ocidentais¹⁴⁻¹⁶, o Brasil difere em numerosos aspectos, que vão do acesso, ao número de consultas, passando por seus conteúdos, periodicidade e profissionais de saúde envolvidos em sua realização¹⁷.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo descrever os aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal, com o intuito de integrar as informações coletadas nos estudos publicados.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão teórica da literatura especializada sobre os aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. A coleta se deu no período de julho de 2013 a fevereiro de 2014, através de materiais disponíveis nos sites do Ministério da Saúde, livros e órgãos voltados à Saúde Materno Infantil, além da base de dados da Bireme e Scielo. A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando às terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde.

A questão condutora desta pesquisa foi: quais os aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal publicados na literatura até a atualidade?

Para o levantamento dos artigos foram utilizados como descritores: Assistência pré-natal, História, Conceito, Organização, Saúde materna e Saúde infantil. Inicialmente, realizou-se a busca pelos descritores individualmente. Em seguida, foram realizados os cruzamentos utilizando o operador booleano and.

Os critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: artigos publicados e indexados nas referidas bases de dados nos últimos quinze anos e que retratassem a temática em estudo. Para a escolha de livros como referências, foram incluídas publicações relevantes na área de ginecologia e obstetrícia com publicação a partir de 1962, uma vez que se pretendia levantar informações acerca dos aspectos históricos até a atualidade. Além das publicações do MS que tratassem sobre a organização e atenção à saúde materno-infantil no país.

As técnicas para o levantamento dos artigos foram adaptadas para cada uma das bases de dados, de acordo com suas especificidades de acesso, sendo norteadas pela pergunta condutora e critérios de inclusão.

Para a seleção dos artigos foram seguidas as etapas: leitura dos títulos na íntegra de todos os artigos e seleção daqueles que tinham relação com o objetivo

do estudo; a seguir, leitura dos resumos selecionando os mais pertinentes à temática em estudo e, por último, leitura dos artigos completos, selecionados a partir dos resumos, e seleção final dos que seriam os objetos desse estudo.

Foram selecionados os documentos que mais se adequassem ao perfil da pesquisa, incluindo os que tratavam da história do pré-natal, dos conceitos, princípios organizativos, assim como aqueles que abordavam aspectos epidemiológicos, independentemente da formação profissional do autor. O idioma não foi um limite para a pesquisa dos artigos.

A avaliação inicial do material bibliográfico ocorreu mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo. De posse dos artigos completos, passou-se à etapa seguinte, ou seja, leitura minuciosa, na íntegra, de cada artigo, visando ordenar e sistematizar as informações necessárias para a construção da pesquisa bibliográfica atendendo aos objetivos especificados. No total foram escolhidas 44 publicações que respondiam à questão condutora do estudo e se adequavam aos critérios de inclusão.

O material selecionado passou pela técnica de fichamento, proporcionando uma aproximação inicial do assunto. Sequencialmente procederam-se releituras objetivando uma análise interpretativa guiada pela questão condutora.

O material coletado não esgota os referenciais para novos estudos sobre o tema. Para realizar a difícil tarefa, que é a análise do material coletado, levou-se em consideração a técnica da análise documental¹⁸.

Nesse sentido, esse tipo de estudo nos possibilitou alcançar os objetivos propostos, uma vez que permitiu ampliar o conhecimento sobre o pré-natal a partir da descrição de seus aspectos históricos, conceituais e organizativos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O material trabalhado contém dados produzidos por especialistas da área de saúde materno infantil que se voltaram para esta temática, disponíveis em livros, tese, artigos científicos e documentos oficiais do Ministério da Saúde e da OMS.

As referências sobre as ações e/ou os cuidados realizados no período antenatal se confundem com a história da Obstetrícia, abrangendo diferentes períodos que se caracterizaram pela proteção da gestante abandonada, pelo reconhecimento da importância da patologia obstétrica e, finalmente, pela prioridade da prevenção da morbimortalidade materno-fetal.

Apesar de os cuidados com a gestação já terem sido citados, por exemplo, no Antigo Testamento, durante séculos a fio, a noção errônea de ser a gravidez sempre um fenômeno normal fez com que não se prestasse atenção apropriada à sua evolução. Como consequência, a assistência médica era solicitada apenas para os casos de evolução anômala da gestação¹⁹.

Inicialmente, os cuidados específicos com a gravidez se baseavam apenas em medidas e aconselhamentos dietéticos e visavam, prioritariamente, ao organismo materno. Apenas em etapas posteriores, e de modo progressivo, ampliou-se a valorização do conceito, motivada pela diminuição das taxas de fecundidade e pelo crescente acesso tecnológico ao ambiente intra-uterino²⁰.

Numa análise sucinta da evolução da assistência pré-natal ao longo da História, pode-se distinguir três principais fases. O estudo da primeira fase remonta aos aconselhamentos às gestantes, também mencionados em outros livros antigos, como os escritos pelo médico hindu Susruta (século VI a.C.), para que se mantivessem alegres, evitassem a cólera e o medo e que obedecessem a recomendações dietéticas especiais. Esses conselhos, ainda que rudimentares, já antecipavam alguns preceitos de cunho psicossomático da moderna assistência pré-natal²¹.

Publicações de obstetras famosos - como Thomas Raynald em 1570, Mauriceau em 1668 e de Smellie em 1774 - também priorizaram os aspectos dietéticos, além de conterem recomendações de razoável valor prático, porém sem embasamento científico²¹.

Ainda nessa primeira fase, já se vislumbrava uma preocupação maior com as gestantes relegadas ao abandono, tendo sido criados serviços pioneiros para recebê-las, como o Centro de Proteção de Madame Becquet, uma enfermeira de Paris, em 1892. Este foi “o primeiro refúgio para mulheres desprovidas de ajuda e proteção”. Nesse estabelecimento, destacou-se o obstetra Pinard que, posteriormente, baseou-se em estudos sobre as anormalidades da apresentação fetal - e nos seus efeitos danosos sobre a mãe e o feto - para concluir sobre a necessidade de um exame abdominal rotineiro durante a gestação, constituindo a primeira referência sobre a prática pré-natal²².

Publicadas na transição entre as duas primeiras fases, existe unanimidade sobre a relevância das obras de John William Ballantyne, em Edimburgo (1901), que sistematizou o primeiro programa de atendimento às gestantes, além de solicitar aos governantes um número maior dos chamados hospitais de pré-maternidade²¹. Nessa época, o autor já afirmava que era difícil entender porque no início do século XX se dá tanta atenção a um

mês no período puerperal e tão pouca aos nove meses de gestação.

No Brasil, a comitiva de D. João VI trouxe Joaquim da Rocha Mazarém, o primeiro professor de partos da Escola Médico-Cirúrgica no Rio de Janeiro, onde lecionou de 1809 a 1813. Durante esse período inicial, em que o objetivo maior era diminuir a alta mortalidade materna, destacou-se a primeira mulher diplomada pela então Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Maria Josefina Durocher, formada em 1834, é ainda hoje considerada uma figura emblemática da especialidade. Nessa mesma época, também se fez presente a preocupação com a carga de trabalho da gestante no país. Em agosto de 1822, o ministro José Bonifácio de Andrada e Silva já havia incluído um artigo sobre o trabalho da escrava gestante numa representação à Assembléia Constituinte. Mas, os *anglo-saxões* reivindicam para si o primeiro movimento oficial concreto para a proteção da grávida operária, que foi proposto por Peel, em 1840²³.

O início do segundo período histórico da assistência pré-natal data de 1901, quando, nos Estados Unidos da América (EUA), o *Boston Lying-in-Hospital* introduziu as visitas domiciliares e as internações hospitalares nos cuidados com as gestantes. E na primeira clínica especializada em atendimento pré-natal, que surgiu em 1910 na Austrália, as condutas fundamentaram-se nas recomendações sistematizadas anteriormente por Ballantyne: a) supressão da ansiedade e do medo entre as gestantes e as puérperas; b) diagnóstico e tratamento precoces das doenças capazes de agravar a prognóstico materno; c) redução da mortalidade perinatal. A partir dessa data, em todos os países desenvolvidos, foram criados progressivamente Serviços e Setores de Pré-natal no âmbito de hospitais-maternidades, onde a assistência se baseava na prevenção e na terapêutica imediata das complicações intercorrentes²².

Coube a Raul Briquet, professor na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), a criação do primeiro serviço universitário de assistência pré-natal em nosso país, no ano de 1925²⁴.

Em relação à grávida operária, o Congresso Internacional do Trabalho, realizado em Washington (1919), já tinha aprovado preceitos de proteção que influenciaram as legislações sociais subsequentes, incluindo as leis brasileiras⁶.

A terceira e atual fase da assistência pré-natal teve início já na segunda metade do século XX (1950-60). Esse período foi caracterizado pelo advento de numerosas práticas, relacionadas principalmente à propedêutica obstétrica, e pela crescente valorização do conceito, em particular. Dentre todos os avanços

tecnológicos que permitiram um melhor entendimento da fisiopatologia do conceito e do ambiente intra-uterino, destaca-se a ultrassonografia que, a partir da década de 70, veio revolucionar a atenção obstétrica²⁵.

No estágio atual, é inquestionável a importância preventiva e curativa da assistência pré-natal, incluindo a sua finalidade psicológica e social²⁶. A gestante, mesmo saudável, deve receber cuidados regulares e individuais, pois uma atenção oportuna pode significar a diferença entre a vida e a morte da mãe e/ou do conceito^{1,3,27-29}. No entanto, os avanços tecnológicos e o melhor entendimento da fisiopatologia do ciclo gravídico-puerperal não foram acompanhados de modo proporcional pelas políticas de incremento da proteção ao binômio.

De maneira geral, os esforços visando a uma abordagem mais integral do sexo feminino têm seguido uma longa e acidentada trajetória. Desde 1948, quando a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) considerou Homens e Mulheres iguais em dignidade, muitos outros fóruns têm debatido o assunto. Na Conferência Internacional de Direitos Humanos (TEERÃ, 1968), os direitos reprodutivos foram reconhecidos pela primeira vez como parte dos direitos humanos.

Um outro importante avanço, na Conferência de Direitos Humanos em Viena (1993), enfatizou-se que os direitos das mulheres constituem direitos humanos inalienáveis, sendo universais, indivisíveis e interdependentes.

Esses e outros postulados foram referendados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, e na Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres de Beijing, em 1995³⁰. No Egito, 179 países aprovaram por aclamação um Programa de Ação para os vinte anos seguintes, incluindo entre os seus principais objetivos a redução da mortalidade materno infantil. A partir de então, aumentou-se a ênfase para que todas as políticas e todos os programas nacionais promovessem a Saúde Reprodutiva²⁰.

No Brasil, a implementação do PAISM já estava de acordo com todos esses objetivos, no início da década de 1980 e ampliou o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal³¹.

A assistência pré-natal, também denominada assistência anteparto, atenção pré-natal, cuidado pré-natal, acompanhamento antenatal e higiene da gravidez – ou simplesmente pré-natal, segundo o senso comum, constitui uma etapa fundamental para a evolução adequada do ciclo gravídico-puerperal e para o futuro

desenvolvimento físico, psíquico e neurológico do recém-nascido²⁴. O Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano define o período pré-natal como aquele compreendido entre a concepção até o momento do parto³².

Os objetivos universais da assistência pré-natal podem ser resumidos em três grandes tópicos: a) prevenir, identificar e/ou corrigir as condições maternas e fetais que afetam adversamente a gravidez, incluindo os fatores socioeconômicos e emocionais, além das intercorrências clínicas e/ou obstétricas; b) instruir a paciente sobre a gestação, o trabalho de parto, o parto, a amamentação e o atendimento ao recém-nascido, além de orientar sobre os hábitos que podem melhorar as suas condições de saúde; c) incentivar o suporte psicológico adequado por parte do seu companheiro, sua família e daqueles que a têm sob seu cuidado, especialmente na primeira gestação, proporcionando à paciente uma melhor adaptação à gravidez e aos desafios que enfrentará ao criar uma família³³.

Além da preocupação com as suas características essenciais (como a precocidade, a assiduidade e a qualidade do atendimento), nas últimas décadas, consolidou-se uma grande ampliação conceitual da assistência pré-natal, envolvendo o aumento da sua abrangência e dos seus limites cronológicos. Aos cuidados crescentes com o binômio materno-fetal foi incorporada uma maior atenção ao núcleo familiar da gestante, cuja estabilidade é primordial para a eficiência do controle pré-natal. Tem se tornado, também, cada vez mais consensual que a assistência pré-natal deve ser iniciada com uma avaliação pré-gestacional e abranger um período maior de acompanhamento materno pós-parto, estendendo-se até um ano de duração (“*one year pregnancy*”)³³.

Portanto, idealmente, toda gravidez deve ser precedida por uma avaliação, que é o aconselhamento pré-concepcional, que inclui a antiga avaliação pré-nupcial, que terá como principais objetivos: detecção no casal e nas suas famílias de condições patológicas que possam interferir na formação e no desenvolvimento do futuro conceito; diagnóstico e tratamento de patologias (ginecopatias, principalmente) capazes de dificultar o engravidar; orientação sobre a fecundação e esclarecimento das dúvidas sobre o ciclo gravídico-puerperal³³.

Além disso, nos dias atuais, com o crescente aumento do hábito da automedicação, torna-se fundamental a orientação quanto aos efeitos nocivos das drogas, lícitas ou ilícitas, sobre o binômio materno-fetal, principalmente no início da gestação³⁴⁻³⁶. Em 1989, nos EUA, especialistas concluíram que a consulta pré-concepcional pode ser considerada como o mais

importante cuidado pré-natal, quando analisada no contexto dos seus efeitos sobre a gestação³⁷. Dessa forma, o aconselhamento pré-gestacional também pode ser considerado como o exemplo mais evidente da prática preventiva e todas as argumentações acima expostas apenas corroboram a sua importância.

Quanto ao período pós-parto, além dos cuidados rotineiros para a recuperação orgânica materna e as orientações sobre os cuidados com o recém-nascido, é fundamental o apoio psicológico à puérpera. O risco de ocorrência de distúrbios psíquicos no puerpério é maior do que em qualquer outra fase da vida das mulheres^{26,38}.

É, também, indiscutível a importância do apoio ao início e à manutenção da amamentação. Esse aconselhamento deve se iniciar idealmente já na gestação e enfatizar os efeitos benéficos da amamentação sobre a saúde materna e sobre a evolução do recém-nato a curto, médio e longo prazo¹⁰.

Para que todos os principais objetivos do pré-natal sejam alcançados, é necessário que a equipe responsável pelo atendimento possua familiaridade com as modificações orgânicas e funcionais da gravidez e do pós-parto, conheça os fenômenos relacionados à fecundação, à nidação, aos mecanismos de trocas materno-fetais e ao desenvolvimento do concepto, tenha disponibilidade e embasamento científico para estimular a amamentação, além de apoiar, diagnosticar e tratar os já citados transtornos psicológicos comuns na gestação e, principalmente, no puerpério^{10,39}.

Essa equipe deve ter uma composição multidisciplinar (constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc) e atuar de forma coesa, impossibilitando que se realize uma ação descoordenada e prejudicial, mesmo que repleta de boas intenções, sobre a saúde materno-fetal. Nesse sentido, constituem também pré-requisitos essenciais à existência de condições dignas de trabalho e a possibilidade permanente de atualização de toda a equipe assistencial, além da facilidade de acesso das gestantes a essa equipe, aos exames complementares e às internações, quando necessário^{10,20,39}.

Todos esses aspectos devem ser considerados na organização de uma assistência pré-natal adequada. Idealmente, o acompanhamento pré-natal deve ser organizado para suprir as reais necessidades de todas as gestantes da sua área de abrangência, através da utilização de conhecimentos técnico-científicos e da adequação dos meios e recursos disponíveis. É fundamental que a garantia constante de um acesso rápido à assistência seja acompanhada de uma avaliação permanente das respostas (positivas ou negativas) das

pacientes às ações de saúde implementadas por esse atendimento^{20,39}.

Entretanto, constituem barreiras comuns para um controle pré-natal efetivo: a) seu custo (mesmo quando gratuito, devem ser computados gastos com transporte, perda de horas de trabalho etc.); b) capacidade inadequada (qualidade, tempo etc.) da equipe de saúde; c) problemas organizacionais para oferecer o controle pré-natal⁴⁰; d) barreiras do tipo social e/ou cultural⁴¹; e) dificuldades de acesso geográfico ao serviço⁴²; f) ausência de credibilidade nos benefícios oferecidos pelo sistema de saúde e na necessidade de controle da gestação; g) falta de promoção do serviço nas comunidades e de aceitação da sua importância⁴³.

Para que esses obstáculos sejam superados, é necessário que a organização dos cuidados pré-natais contemple, no mínimo, a garantia de: a) captação precoce da gestante na comunidade; b) atendimento periódico contínuo e extensivo à população-alvo; c) provisão de recursos humanos técnico e cientificamente preparados⁴⁴; d) área física adequada; e) provisão de equipamentos e instrumentais adequados; f) realização de exames laboratoriais obrigatórios; g) abastecimento e acesso aos medicamentos básicos; h) sistema eficiente de referência e contra referência; i) serviço de registro e de estatística⁴⁵; j) sistema de avaliação da efetividade das ações de assistência pré-natal^{10,33}.

O envolvimento da comunidade e dos profissionais integrantes da equipe de saúde é essencial para a captação precoce das gestantes, permitindo que ações de prevenção e tratamento sejam introduzidas oportunamente. Esse processo será facilitado pela utilização adequada da mídia e, também, por meio de visitas domiciliares e atividades, de alcance individual e coletivo, que visem à conscientização da população-alvo^{10,33,39}.

Já na primeira consulta, é fundamental que a paciente se assegure de que os profissionais de saúde responsáveis pela sua assistência estarão preparados adequadamente para o atendimento integral à gravidez em curso. Após o início do pré-natal, todo esforço deve ser empreendido no sentido de assegurar a manutenção de um controle periódico, oportuno e contínuo das gestantes. A obediência ao agendamento das consultas subsequentes apenas será alcançada se a qualidade dos serviços prestados corresponder às expectativas das usuárias^{10,33,39}.

A estrutura física da instituição deve ser adequada e funcional, propiciando condições favoráveis de trabalho aos profissionais e conforto às pacientes. Além disso, todos os equipamentos e instrumentos necessários aos procedimentos clínico-obstétricos e ginecológicos devem estar disponíveis. No mínimo,

deve ser garantida a existência de: mesa e cadeiras para entrevista; mesa de exame ginecológico; escada de dois degraus; foco de luz; balança de adultos para avaliação da relação peso/altura; esfigmomanômetro e estetoscópio clínico para auscultas e aferição da pressão arterial; estetoscópio de Pinard ou sonar-Doppler para ausculta dos batimentos cardíacos fetais; fita métrica flexível e inelástica (útero-fita) para medida do crescimento uterino; espéculos vaginais, pinças e material para coleta de exame colpocitológico; e disco obstétrico (gestograma) para cálculo da idade gestacional²⁰.

A unidade de saúde deve permitir e facilitar o acesso aos exames complementares da rotina obrigatória e, também, agilizar os exames especializados, quando forem necessários. Da mesma forma, devem ser garantidos o abastecimento e a distribuição gratuita dos medicamentos considerados básicos, como: antianêmicos, vacina antitetânica, antiácidos, analgésicos, antibióticos e medicamentos de uso vaginal¹⁰.

A existência de instrumentos que permitam o registro das gestantes e a avaliação dos cuidados prestados pela instituição é fundamental para que a assistência se mantenha adequada. Assim, torna-se possível o acompanhamento sistematizado da gestação, do parto e do puerpério através da coleta e da análise dos dados obtidos em cada consulta. O material utilizado para registro das pacientes, dos atendimentos e do acompanhamento dos dados consta de¹²:

a) Cartão da gestante: instrumento de registro dos principais dados de acompanhamento da gestação e que são essenciais para o fluxo de informações entre os serviços de saúde. É um documento de uso obrigatório pela gestante, sendo indispensável no momento da internação.

b) Ficha de atendimento perinatal: instrumento de coleta de dados de caráter individual e, de preferência, numerado para uso dos profissionais de saúde da unidade. Deve conter os principais dados do acompanhamento médico da gravidez, do parto, do puerpério e do recém-nascido.

c) Mapa de registro diário: instrumento de avaliação de todas as ações prestadas diariamente na instituição. Deve conter as informações mínimas e essenciais de cada consulta realizada.

Faz-se necessária, também, a garantia de um sistema de referência e contra-referência que facilite às usuárias o acesso aos diversos níveis de complexidade

do sistema de saúde. Ao ser encaminhada, a gestante deverá portar uma referência formal, em que conste o motivo do encaminhamento e os dados clínicos de interesse, e o cartão da gestante. Na contra referência, deverão constar os dados relativos ao atendimento, como os exames, diagnósticos e tratamentos realizados, assim como as recomendações pertinentes^{10,12,33}.

Após o parto, é fundamental assegurar-se do retorno da puérpera e do recém-nascido ao serviço de saúde de origem, portando toda a informação necessária ao seguimento materno-infantil¹⁰. Na sua totalidade, esses dados possibilitarão uma avaliação retrospectiva e mais completa da qualidade da assistência prestada e a identificação dos problemas porventura existentes nas instituições assistenciais e na própria população-alvo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A retrospectiva histórica no que se refere à saúde materno-infantil, ainda na primeira metade do século XX, constatou-se a consolidação do conhecimento e da prática obstétrica e neonatal, avanços estes que culminaram com uma redução significativa tanto da mortalidade materna quanto perinatal, em particular nos países desenvolvidos. No entanto, hoje há uma grande ampliação conceitual da assistência pré-natal, envolvendo o aumento da sua abrangência e dos seus limites cronológicos, abrangendo desde os cuidados pré-concepcionais até o acompanhamento sistematizado da gestação, do parto e do puerpério.

A assistência pré-natal, portanto, é um fator importante na redução da mortalidade materna e perinatal, visto que muitas patologias no período gravídico-puerperal podem ser tratadas e/ou controladas, evitando-se efeitos danosos, já que um pré-natal de qualidade, certamente, orientará no sentido de se evitar problemas específicos do parto ou mesmo cuidados imediatos ao recém-nascido, além daqueles do período puerperal.

Os documentos oficiais sugerem, normatizam e estabelecem as recomendações em saúde no pré-natal. Esses documentos oficiais estão respaldados por estudos científicos que comprovam sua efetividade na promoção da saúde durante o evento reprodutivo e dá subsídios para a continuidade da implementação das ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Chen XK, Wen SW, Yang Q, Walker, MC. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007; 47 (2): 122-127.
2. Rezende J, Montenegro ACN. *Obstetrícia Fundamental.* 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
3. Ribeiro ERO, Gimarães AMDN, Bettiol H, Lima DDF, Almeida MLD, Souza L. *et al.* Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Acaraju, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2009; 31 (9): 31-39.
4. Perrot M. Os Silêncios do Corpo da Mulher. In: Matos, M.I. e Soihet, R. (Org.) *O Corpo Feminino em Debate.* 1ª ed. São Paulo: UNESP; 2003.
5. Capra F. *O ponto de Mutação: o modelo biomédico.* 1ª ed. São Paulo: Cultrix; 1982.
6. Oliveira AC. *Gênero, Saúde Reprodutiva e Trabalho: formas subjetivas de viver e resistir às condições de trabalho [Dissertação de Mestrado].* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 167p.
7. Halbe HW. *Tratado de Ginecologia.* 3ª. ed. São Paulo: Rocca; 2000.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Parto, Aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.* Brasília: MS; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.* Brasília: MS; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: Manual técnico.* Brasília: MS; 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. GM 648, de 28 de março de 2006. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica: estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).* Brasília; 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).* Brasília: MS; 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha [Internet].* Brasília: MS; 2011 [citado 2011 nov. 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em 18 ago. 2013.
14. Pinto e Silva JL, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27 (3): 103-5.
15. Bergsjo P, Villar J. Scientific basis for the content of routine antenatal care. II. Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes: come especial conditions and examinations. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997;76(1):15-25.
16. Lumbiganon P. Appropriate technology: antenatal care. *Int J Gynaecol Obstet.* 1998;63 Suppl 1:S91-5.
17. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(7):517-24.
18. Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 9ª. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2000.
19. Barros MQ. *Assistência à gestante.* In: *Obstetrícia.* 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1962.
20. Coutinho T. *Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG: análise do processo.* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social; 2006. 248p.
21. Peixoto, S. *Pré-natal.* 2ª. ed. São Paulo: Editora Manole; 1981.
22. Cecatti JG, Serruya S. *Atenção Pré-natal: de Ballantyne a Villar.* *Femina.* 2005; 33(8): 623-9.
23. Rezende, J. *Obstetrícia.* 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1962.
24. Neme B. *Assistência Pré-natal.* In: *Obstetrícia Básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006.
25. Fescina RH, Belitzky R. *Evaluación de los procedimientos diagnósticos.* In: *Tecnologías Perinatales.* Pub. Cient. CLAP/OPS-OMS nº 1255; 1992.
26. Coutinho T, Coutinho CM. *Depressão pós-parto.* *Femina.* 1999; 27(7): 571-7.
27. Kassar SB; Melo AMC; Coutinho SB; Lima MC; Lira PIC. *Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history.* *J Pediatr.* 2013;89(3):269-277.
28. Noonan K, Corman H, Schwartz-Soicher O, Reichman NE. *Effects of Prenatal Care on Child Health at Age 5.* *Maternal and Child Health Journal.* 2013; 17(2): 189-199.
29. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Leal MC. *Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices.* *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(8):1664-1674.
30. Lazarus JV. *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.* Entre Nous, 40-41: 4-5, inverno 1998.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes.* Brasília: MS; 2004.
32. Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP/OMS). *Sistema informático perinatal (SIP): história clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos.* CLAP/SMR: Boletim de CLAP; 2010.
33. Febrasgo. *Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência Pré-natal. Manual de Orientação;* 2000.
34. Lewis PJ. *Drogas e gravidez.* 1ª. ed. São Paulo: Editora Manole; 1979.
35. Niebyl JR. *O uso de drogas na gravidez.* 1ª. ed. São Paulo: Rocca; 1983.
36. Coutinho T, Coutinho CM. *Drogas e gestação.* *Femina.* 1999; 27(5): 387-92.
37. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Prenatal Care.* In: *Williams Obstetrics.* 22ª. ed. New York: McGraw- Hill; 2005.
38. Cooper PJ, Murray L. *Postnatal depression.* *BMJ.* 1998; 316 (7148): 1884-86.
39. Febrasgo. *Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação: Defesa Profissional;* 2002.
40. Santos Neto ET, Leal MC, Oliveira AE, Zandonade E, Gama SGN. *Concordância entre informações do Cartão da Gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal.* *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(2):256-266.
41. Dias-da-Costa JS, Cesar JÁ, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. *Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados.* *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2013; 13 (2): 101-109.
42. Cabral FB, Hirt LM, Sand ICPV. *Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado.* *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(2):281-7.
43. Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP/OPAS/OMS). *Atenção pré-natal e do parto de baixo risco.* In: *Saúde Reprodutiva Materna Perinatal.* Montevideo. CLAP; 1996 (Public Cient CLAP 1321.03).
44. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. *Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária.* *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(2):[08 telas].
45. Oken E, Switkowski K, Price S, Guthrie L, Taveras EM, Gillman M, Friedes J, Callaghan W, Dietz PA *Qualitative Study of Gestational Weight Gain Counseling and Tracking.* *Maternal and Child Health Journal.* 2013;17(8) : 1508-1517.

Correspondência

Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz

Endereço: Rua Esperanto, 311, Apto. 401; Bairro: Ilha do Leite
CEP: 50070-390

Recife – Pernambuco - Brasil.

E-mail: rachel.callou@hotmail.com